

Aija Ylander

AGGRESSION HOIDOLLINEN HALLINTA- KOULUTUKSEN
MERKITYS SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPAIIRIN PSYKIAT-
RIAN TOIMIALUEEN HOITOHENKILÖKUNNALLE

Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2011

AGGRESSION HOIDOLLINEN HALLINTA- KOULUTUKSEN MERKITYS SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIIRIN PSYKIATRIAN TOIMIALUEEN HOITO-HENKILÖKUNNALLE

Ylander, Aija
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Marraskuu 2011
Ohjaaja: Sirkka, Andrew
Sivumäärä: 32
Liitteitä: 3

Asiasanat: aggressio, täydennyskoulutus, työväkivalta, aggression hoidollinen hallinta

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen eli AHHA-koulutuksen merkitystä Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatriin toimialueen hoitohenkilökunnalle. Vastaajista kaikki olivat käyneet kyseisen koulutuksen.

Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeilla. Kysely toteutettiin kesäkuussa 2010. Kyselylomakkeita lähetettiin 115 kappaletta, takaisin saatiin 58 kappaletta jolloin vastausprosentiksi muodostui 50,4 %. Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmaa käyttäen.

Aggression hoidollinen hallinta-koulutus koettiin tarpeelliseksi työn kannalta. Koulutus antoi työyhteisölle yhteiset toimintatavat ja valmiudet kohdata aggressiivinen potilas. Vastaajista 87,9 % (n=51) oli käynyt Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen kertauspäivissä. Tutkimustuloksista ilmenee, että kertauspäiviä toivotaan lisää.

THE EVALUATION OF THE THERAPEUTIC MANAGEMENT OF VIOLENCE AND AGGRESSION TRAINING BY THE STAFF OF THE PSYCHIATRIC DEPARTMENT AT THE SATAKUNTA HOSPITAL DISTRICT

Ylander, Aija

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in nursing

November 2011

Supervisor: Sirkka, Andrew

Number of pages: 32

Appendices: 3

Keywords: aggression, continuing education, proletariat the power, therapeutic management of aggression

The purpose of this study was to find out how the staff working on the psychiatric department of Satakunta Hospital District evaluated the training on *Therapeutic Management of Violence and Aggression* (AHHA in Finnish). All of the respondents of this study had participated in the training.

The data was collected by a questionnaire in June 2010. The total amount of 115 questionnaires was delivered of which amount 58 were returned filled. The response rate was 50,4 %. The data was analysed by SPSS- statistic programme.

Therapeutic Management of Violence and Aggression (AHHA in Finnish) training was reckoned as rewarding from the work's point of view. The training provided for the staff common patterns and tools to encounter and handle with an aggressive patient. 87,9 % (n=51) of the respondents had participated in the follow-up trainings provided afterwards. The respondents expressed the need for more frequently provided follow-up courses.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	5
2 TÄYDENNYSKOULUTUKSEN TARVE TERVEYSALALLA.....	6
3 TERVEYSALAN UUDET OSAAMISHAASTEET.....	8
3.1 Väkivallan uhka terveysalalla.....	8
3.2 Aggressio10	
4 AGGRESSION HOIDOLLINEN HALLINTA.....	12
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	14
6 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA.....	15
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	16
8 TUTKIMUSTULOKSET.....	17
8.1 Vastaajien taustatiedot.....	17
8.2 Aggression hoidolliseen hallintaan liittyvät valmiudet.....	18
8.3 Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen merkitys.....	25
8.4 Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen ja toiminnan kehittäminen henk- ilökunnan näkökulmasta.....	26
9 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS.....	28
10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	29
LÄHTEET.....	31
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Työväkivalta tai työväkivallan uhka vaikuttaa jokaiseen työssä kävijään. Työväkivalta voi olla joko verbaalista, työntekijää uhataan sanallisesti tai sitten se voi olla fyysistä väkivaltaa, joka tapahtuu työpaikalla. Se vaarantaa joko suoraan tai epäsuorasti työntekijän terveyden ja turvallisuuden. Suora väkivalta on sellaista, että se kohdistuu suoraan työntekijään. Epäsuora väkivalta voi kohdistua esimerkiksi työntekijän perheeseen muun muassa uhkailujen kautta. Työntekijät, jotka kokevat työssään lievääkin väkivaltaa, voivat saada psyykkisiä vammoja ja voivat joutua jäämään sairaalomalta. Riskiammatteja joutua työväkivallan kohteeksi ovat esimerkiksi poliisit, vartijat, kaupan ala sekä sosiaali- ja terveysala. Terveysalalla väkivallan kohteeksi joutumisen riskiä lisäävät sekavat ja psyykkisesti sairaat potilaat. Ristiriidat potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä liittyen potilaan hoitoon saattavat aiheuttaa väkivaltatilanteita. Joskus myös potilaan vieraat saattavat aiheuttaa ristiriitatilanteita. (Saarela, Isotalus, Salminen, Vartia & Leino 2009, 8-9)

Työturvallisuuslain mukaan työnantaja on velvollinen huolehtimaan turvallisuudesta ja terveydestä työpaikalla. Työnantajan on otettava huomioon työ, työolosuhteet ja muu työympäristö. Työntekijälle on annettava riittävät tiedot työpaikan haitta- ja vaaratekijöistä. Perehdytys on oltava riittävää. Työntekijälle on annettava opetusta työn vaarojen estämistä varten sekä työstä aiheutuvien turvallisuutta uhkaavan vaaran välttämiseksi. Työntekijän velvollisuus on noudattaa työnantajalta saatuja ohjeita. Työntekijän tulee myös saadun ohjauksen, opetuksen, kokemuksen sekä ammattitaitonsa mukaan huolehtia sekä omasta että muiden työntekijöiden turvallisuudesta. (Työturvallisuuslaki 738/2002, 8§, 14§, 18§.)

2 TÄYDENNYSKOULUTUKSEN TARVE TERVEYSALALLA

Valtioneuvosto teki huhtikuussa vuonna 2002 periaatepäätöksen siitä, että turvataan terveydenhuollon tulevaisuus. Tämä tarkoitti sitä että henkilöstön osaaminen turvataan ja määritellään toimenpiteet miten näin tehdään. Erityisesti terveydenhuollossa täydennyskoulutuksen tarve korostuu, hoitokäytännöt muuttuvat jatkuvasti ja kehitys on nopeaa. Potilaiden ja asiakkaiden vaatimukset lisääntyvät ja työelämä ja toimintaympäristö muuttuu. Ammattihenkilöiden, jotka työskentelevät terveysalalla, on velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan. Sitä säättää laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003.)

Terveydenhuoltolaki tuli voimaan 30.12.2010. Lakia sovelletaan kansanterveys- ja erikoissairaanhoidolaissa, jollei muussa laissa toisin säädetä. Lakiin sisältyy terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido. (STM 2003) Terveydenhuoltolaissa, pykälässä viisi, kerrotaan täydennyskoulutusvelvoitteesta. Sairaanhoidopiirin tai kunnan täytyy huolehtia siitä että henkilökunta, myös yksityisen palveluntuottajan palveluksessa olevat, jolta hankitaan palveluja, osallistuu riittävästi täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutuksen sisältöön vaikuttavat peruskoulutuksen pituus, työn vaativuus ja tehtävien sisältö. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 1§, 5§.)

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2004 suosituksen täydennyskoulutuksesta. Suositus koskee terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja muita työntekijöitä, jotka työskentelevät terveydenhuollon toimintayksiköissä. Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen tavoitteena on terveysalalla työskentelevien ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen sekä syventyminen työntekijän koulutustarpeisiin sekä työyksikön perustehtävään ja toiminnan kehittämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 3.)

Täydennyskoulutus määritellään täydennyskoulutussuosituksessa niin että sen tulee olla ammattia tukevaa, suunnitelmallista, tarvelähtöistä sekä lyhyt- tai pitkäkestoista koulutusta. Täydennyskoulutuksen tarkoituksena on ylläpitää ja lisätä työntekijän ammattitaitoa. Täydennyskoulutuksen järjestäminen ja rahoittaminen on pääosin

työnantajan vastuulla. Työntekijän tulee arvioida omaa täydennyskoulutustarvettaan. Työntekijällä on myös velvollisuus osallistua omaa työtään ja työyksikköään palvelemaan täydennyskoulutukseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 4.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta astui siis voimaan 1.1.2004. Täydennyskoulutus määritellään siinä niin, että sen tulee olla suunnitelmallista koulutusta, joka pohjautuu väestön terveystarpeisiin ja muuttuviin hoitokäytäntöihin. Täydennyskoulutuksen tarkoituksena on työntekijän ammattitaidon kehittäminen ja ylläpitäminen sekä toimintayksiköiden toiminnan tukeminen ja kehittäminen. Toimintayksiköiden täytyy myös seurata sitä, että täydennyskoulutus toteutuu, joko niin että toimintayksikkö järjestää koulutusta itse tai sitten hankkii sen toiselta palveluntarjoajalta, esimerkiksi toiselta sairaanhoitopiiriin kuntayhtymältä tai muulta täydennyskoulutuksen järjestäjältä. Toimintayksikön on myös seurattava että henkilöstö osallistuu koulutukseen. Täydennyskoulutuksen tulee olla myös sellaista että se perustuu toimintayksikössä tehtyyn suunnitelmaan ja sellaista että koulutus tukee täydennyskoulutustavoitteita. (Täydennyskoulutusasetus 1194/2003, 1§, 4§, 5§, 7§.)

3 TERVEYSALAN UUDET OSAAMISHAASTEET

Maailma muuttuu jatkuvasti, niin myös sosiaali- ja terveysala. Ihmiset, työt, työmarkkinat ja yhteiskunta muuttuvat. (Metsämuuronen 2000, 8) Erityisiä työn muutoksia sosiaali- ja terveysalalla tulee olemaan. Asiantuntijoiden mukaan sosiaali- ja terveysalalla työ ei tule loppumaan, työmäärä tulee lisääntymään koska apua tarvitsevien ihmisten määrä tulee lisääntymään. Ennaltaehkäisevä työ korostuu. Laitoshoidosta tullaan siirtymään yhä enemmän kodinomaiseen hoitoon, tämä on ollut trendinä jo vuosia valtakunnallisella tasolla. (Metsämuuronen 2000, 91-90.)

Kansainvälisyys vaikuttaa ammattilaisen työhön, kansainvälisyys ja monikulttuurisuus korostuvat. Asiakkaita/ potilaita voi olla monista eri kulttuureista ja myös työkaiverit voivat olla muista kulttuureista. Myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden työ on fyysisesti ja psyykkisesti raskaampaa. Tähän vaikuttaa esimerkiksi työrytmin kiihtyminen ja työmäärän lisääntyminen. Erityisesti vuoteen 2020 tultaessa asiakasmäärä kasvaa ja se lisää oleellisesti työn kuormittavuutta. Henkilökuntamäärä saattaa olla liian pieni asiakasmäärään verrattaessa. Myös asiakkaiden erilaiset ongelmat ja sairaudet lisääntyvät ja pahenevat. Näitä ovat esimerkiksi mielenterveysongelmien lisääntyminen, uusien sairauksien ilmeneminen, väkivalta lisääntyy, huumeongelmat lisääntyvät ja itseaiheutetut ja elintasosairaudet lisääntyvät. Näistä erityisesti mielen-terveys-, huume- ja nautintoaineongelmat sekä elintason liittyvät ongelmat, kuten lihavuus, ovat tämän ajan ongelmia. Moniongelmaisuus on ymmärrettävissä ongelmien kasaantumisen myötä. (Metsämuuronen 2000, 94-95.)

3.1 Väkivallan uhka terveysalalla

Erilaiset osatekijät vaikuttavat väkivaltatilanteiden syntymiseen. Väkivallan kohteeksi joutumisen riskiä lisää jo se, että työskentelee sosiaali- ja terveysalalla. Väkivaltaa on eniten psykiatrian yksiköissä, terveyskeskusten päivystyksissä ja ensiapupoliklini- kalla sekä ensihoidossa että sairaankuljetuksessa. Brittiläisessä tutkimuksessa, joka julkaistiin vuonna 2003, ensiapupoliklinikoiden hoitohenkilökunnasta 99 prosenttia

oli kokenut joko fyysistä tai verbaalista väkivaltaa päihtyneiden asiakkaiden toimesta. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 86.)

Riskitekijöitä kohdata väkivaltaista käytöstä on terveysalalla monia. Riskiä lisää esimerkiksi se, että henkilökunta kohtaa työssään psyykkisesti ja fyysisesti sairaita potilaita ja usein potilaat ovat vielä moniongelmaisia. Väkivaltatilanteiden syntyyn vaikuttavia syitä löytyy niin henkilökunnasta kuin potilaistakin. Potilaiden aggressiivisen käyttäytymisen riskiä saattavat lisätä esimerkiksi tyytymättömyys saatuun kohteeseen tai hoitoon pääsyyn liittyvät ongelmat, esimerkiksi pitkät jonotusajat. Aggressiivisen käyttäytymisen riskiä saattavat lisätä myös sairaudesta tai saadusta vammasta johtuva hätä. Kun työntekijä kohtaa väkivaltatilanteen, niin tilanne voi tulla odottamatta tai se voi olla hyvinkin raju. Työntekijä voi provosoida tilannetta, joskus myös tahtomattaankin, huonoon suuntaan tai sitten saada tilanteen rauhoitettua. Väkivaltatilanteen laukaisevat tekijät voivat johtua potilaasta, henkilökunnasta tai itse tilanteesta, myös miljöö ja monet pienet tekijät voivat laukaista väkivaltatilanteen. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 87.)

Viime vuosina väkivaltatilanteet ovat lisääntyneet, erityisesti vakavammat väkivaltatilanteet. Asiakasväkivaltaa esiintyy erityisesti päihtyneiden asiakkaiden, heidän omaistensa tai päihtyneiden saattajien keskuudessa. Väkivaltaa esiintyy erityisesti ensiapu- ja ensihoitotilanteissa, mutta myös esimerkiksi lastenneuvoloissa. Kotihoidon lisääntyessä myös väkivallan uhka ja uhkaavat tilanteet ovat yleistyneet. Terveystieteidenhuoltoalalla myös asiakaskunta ja potilaat ovat muuttuneet. Päihtyneet asiakkaat ja pidentyneet jonotusajat ovat myös lisänneet aggressiivisuutta. Vuosituhannen vaihteessa lisääntynyt huumausaineiden käyttö ja potilaiden ja asiakkaiden moniongelmaisuuksien kasvu tekivät potilaista ja asiakkaista arvaamattomampia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 26-30.)

Hoitoalan ammattiteissa esiintyy riski kokea työväkivaltaa. Joka neljäs hoitaja kokee sitä joko potilaiden tai omaisten taholta. Työväkivaltaa on lisääntynyt viime vuosina. Työväkivallan lisääntymistä tukevat useat viimeaikaiset tutkimukset, esimerkiksi kunta-alan työolobarometri, työ- ja elinkeinoministeriön työolobarometri, tilastokeskuksen työolotutkimus sekä työterveyslaitoksen tutkimus. Erityisesti työväkivaltaa esiintyy vanhusten hoidossa, ensiavussa, psykiatrisessa hoidossa ja vammaishuollos-

sa. Uutena ilmiönä väkivaltaa lisääntyy myös kotisairaanhoidossa ja kotihoitossa. Vuoden 2011 alussa voimaan tullut rikoslain uudistus helpottaa sitä, että lieväänkin väkivaltaan on helpompi puuttua. Työntekijään kohdistuva pahoinpitely on yleisen syytteen alainen rikos. Se voi tapahtua työpaikalla tai asiakaskäynnillä. (Tehyn www-sivut 2011.)

Viime vuosikymmeninä suomalaisten kokema väkivalta yleisellä tasolla on vähentynyt. Sen sijaan 1980-luvulta 2000-luvulle suomalaisten työssä kokema väkivalta on lisääntynyt. Vuosina 1999 sekä 2007 tehdyssä työvoimatutkimuksessa selvitettiin kuinka moni työssä kävijöistä oli viimeisen vuoden aikana kokenut jonkinasteista väkivaltaa. Työntekijöiden kokema väkivalta jaoteltiin niin, että joko se oli tai ei ollut jättänyt fyysistä jälkeä tai sitten se oli sanallista. (Hulkko & Piispa 2009.)

Vuonna 1999 jonkinasteista väkivaltaa oli kokenut noin 111 000 (5 %) työssäkävijää. Vuonna 2007 luku oli noin 100 000 (4 %). Suurimman ryhmän muodostivat sosiaali- ja terveysalalla työskentelevät ja heitä oli noin 40 000. Vertailun vuoksi kerrottakoon, että toiseksi suurimman ryhmän muodostivat vartiointialalla työskentelevät ja heitä oli noin 7000. Yleisin muoto väkivallassa oli ollut sanallinen uhkailu. (Hulkko & Piispa 2009.)

Henkilön kokema väkivalta, lieväkin, voi aiheuttaa sairauspoissaoloja sekä psyykkisiä vammoja. Työväkivallasta voi seurata työkyvyttömyys ja pahimmassa tapauksessa kuolema. Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy parantaa työpaikan viihtyvyyttä ja turvallisuutta. Työväkivalta käsitteenä tarkoittaa sitä, että henkilöä loukataan sanallisesti, uhataan tai pahoinpidellään työpaikalla. Se vaarantaa suoraan tai epäsuoraan henkilön turvallisuutta, hyvinvointia tai terveyttä. (Saarela, Isotalus, Salminen, Vartia & Leino 2009, 8)

3.2 Aggressio

Aggressio ja aggressiivisuus ovat käyttäytymismuotoja joita on tutkittu paljon. Koska niitä on paljon tutkittu niin niistä on olemassa myös paljon tutkimustuloksia, jotka saattavat erota toisistaan paljonkin. Suomen kielessä sanat aggressio ja aggressiivi-

suus ovat sekoittuneet toisiinsa. Sanalla aggression eli aggressio on tarkoitettu aggressiivista käyttäytymistä ja sanalla aggressiveness eli aggressiivisuus persoonallisuuden piirrettä. Määritelmiä sanoille on monia. Ne voidaan jakaa esimerkiksi psykologiseen aggressioon, joka voi olla esimerkiksi toisiin yksilöihin kohdistuvaa vahingollista käyttäytymistä tai fyysiseen aggressioon, joka on väkivaltaista käyttäytymistä. (Viemerö 2006, 18.)

Aggressio ei aina ole väkivaltaa eikä kaikki väkivalta ole aggressiota. Kirsti Lagerspetzin mukaan aggressio on sitä, kun tahallisesti vahingoittaa toista yksilöä tai ympäristöä. Se voi olla myös yksilön tai ympäristön häiritsemistä. Aggressio voi olla myös tunnetila, joka sisällöllisesti liittyy edellä mainittuun toimintaan. (Helkama 2000.) Lagerspetzin mukaan niin miehet kuin naisetkin ovat kykeneviä aggressioon ja sitä esiintyy kaikissa kulttuureissa. Psykologiset teoriat liittyen aggressioon pohjautuvat miesten aggressioihin. Vasta 1980-luvulta lähtien on alettu kiinnittämään enemmän huomiota naisten käyttäytymiseen, persoonallisuuteen, olosuhteisiin ja naisten tapoihin käsitellä ne. (Lagerspetz 1998.)

Kaikki kykenevät aggressioon, se on ihmiselle ominainen kyky. Aggressio ja aggressiivisuus ovat osa ihmisen persoonallisuutta. Jotkut pitävät aggressiivista käyttäytymistä hyväksyttävänä ja myös toimivat erilaisissa tilanteissa sen mukaan. Aggressio voi myös olla reaktio johonkin tapahtuneeseen ja osa voi haluta vahingoittaa aggression kohdetta. Kaikki eivät sitä tee. Kynnystä voi madaltaa esimerkiksi psyykkinen sairaus. Työyhteisöissä, joissa joutuu kohtaamaan väkivaltaisia potilaita, olisi hyvä tuntee myös teoriaa siitä miten aggressiivinen ihminen käyttäytyy ja mitkä voivat varoittaa siitä. Näin voidaan miettiä erilaisia toimintatapoja väkivaltilanteiden hallintaan ja ennaltaehkäisyyn. (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004, 87- 89)

4 AGGRESSION HOIDOLLINEN HALLINTA

Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialue hankki vuonna 2005 AHHA-koulutusmallin eli Aggression hoidollinen hallinta-koulutusmallin. Koulutusmalli kehitettiin Pitkänien sairaalassa ja Tampereen yliopistollisessa keskussairaalassa. Kyseinen koulutusmalli perustuu Englannissa, Birminghamin Reaside klinikalla ja St Edwardin sairaalassa kehitettyyn MAPA-menetelmään. MAPA tulee sanoista Management of Actual or potential Aggression. Myös Satakunnan sairaanhoitopiirissä koulutus on nykyään MAPA. Aggression hoidollinen hallinta koulutuksella eli nykyisellä MAPA-koulutuksella, on sairaalan hoitohenkilökunnasta koulutettu 273 henkilöä ja 40 tunnin koulutuksia on ollut yhteensä 22 kappaletta. (Teini sähköposti 17.2.2011). Osastoilla työskentelevät hoitotyöntekijät käyvät viisi päiväisen AHHA-peruskurssin, avohoidossa työskentelevät kolme päiväisen Turvallinen hoitotyö-koulutuksen sekä laitoshuoltajat ja toimistotyöntekijät kaksi päiväisen Turvallinen hoitotyö-koulutuksen. Koulutukseen liittyviä kertauspäiviä on kerran vuodessa. Silloin päivitetään käytännön kiinnipito- ja irtaantumistaitoja. Koulutuksesta vastaavat Satakunnan sairaanhoitopiirin omat AHHA- ja MAPA-kouluttajat. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2011.)

Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen tavoitteena on lisätä turvallisuutta sekä potilaille että henkilökunnalle. Tarkoituksena on myös lisätä työturvallisuutta. Tavoitteena on myös se, että hoidollisuus säilyy sekä uhkaavissa että väkivaltatilanteissa. Työväkivaltatilanteissa on myös tärkeää suunnitelmallisuuden lisääntyminen sekä yhteistyö eri yksiköiden ja ammattiryhmien välillä. AHHA-koulutuksen tavoitteena on myös tukea nykyisiä hoitokäytäntöjä sekä noudattaa työelämää ja hoitoalaa koskevaa lainsäädäntöä sekä työnantajan antamaa ohjeistusta. Koulutuksen arvoperustana on toisen ihmisen arvostaminen ja kunnioittaminen, työntekijöiden tulee myös huomioida potilaan yksilöllisyys sekä kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta. Alentavaa ja epäkunnioittavaa kohtelua tulee ehdottomasti välttää. (Mapa-Finland koulutusmateriaali 2011.)

Aggression hoidollinen hallinta-koulutukseen kuuluu sekä teoria- että käytännön-osuuksia. Koulutus mahdollistaa tiedon lisäystä aggression kohtaamisessa. Varhaista

väliintuloa eli tilanteiden ennakkointia ja ennaltaehkäisyä painotetaan koulutuksessa, jos joudutaan turvautumaan fyysiseen väliintuloon niin sen on oltava tilanteeseen sopivaa. Turvallisuutta, niin potilaiden kuin henkilökunnankin, painotetaan kaikissa tilanteissa. Koulutus on työturvallisuuslähtöinen koulutusmalli sekä potilas- ja työyhteisölähtöinen. (Mapa-Finland koulutusmateriaali 2011.)

AHHA-koulutuksessa harjoitellaan fyysistä kiinnipitämistä. Kiinnipitämisen periaatteet on suunniteltu niin että ne ovat turvallisia niin potilaille kuin henkilökunnallekin, ne eivät myöskään aiheuta potilaalle kipua eivätkä uhatuksi tulemisen tunnetta. Kyseisiä otteita voi käyttää myös käytännön potilastyössä, esimerkiksi potilassiirroissa. Otteisiin sisältyy myös hoidollinen suunnittelu ja riskien arviointi. Kaikki otteet ovat sellaisia, että niissä on vähintään kaksi hoitajaa. Ei ole suositeltavaa rajoittaa yksin aggressiivista potilasta. Jos kuitenkin joutuu sellaiseen tilanteeseen, jossa on yksin uhattuna, niin käytetään irtaantumistaitoja, joita harjoitellaan myös koulutuksessa. Jos joudutaan turvautumaan fyysiseen väliintuloon, niin se tapahtuu kolmella eri tasolla. Otteita on ykkös-, kakkos- ja kolmostason ote. Ykköstason otteeseen kuuluu lähinnä koskettamista, kakkostason otteessa pyritään hallitsemaan potilaan liikkeitä ja kolmostason otteessa rajoitetaan potilaan liikkeitä. Kiinnipitoa voidaan suorittaa eri asennoissa. Potilas voi istua, olla polvillaan, päinmakuulla, selinmakuulla tai pystyasennossa. Tärkeimpiä asioita kiinnipidossa on se että kaikkien osapuolten, niin potilaan kuin henkilökunnankin, turvallisuus huomioidaan. Tärkeää on myös tukeva asento, suunnitelmallisuus, yhtäaikaisuus sekä kyynärpään hallinta. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2011.)

Aggression hoidollinen hallinta viisipäiväinen koulutus koostuu kahdeksasta tunnista teoriaa sekä käytännön koulutusta 32 tuntia. Teoriaosuuteen kuuluu AHHA-koulutusmallin esittelyt, aggressiivisen käyttäytymisen syntyyn vaikuttavia tekijöitä, väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisemisen keinoja ja de-eskalaatiomalli aggressiivisen käyttäytymisen kohtaamisessa. Teoriaosuudessa käydään läpi myös riskitekijöitä, jotka liittyvät fyysiseen rajoittamiseen sekä työntekijän oikeuksia ja velvollisuuksia. Käytännön koulutukseen kuuluu fyysisen väliintulon taidot, fyysisen kiinnipidon ja hoidollisen rajoittamisen taidot, irtaantumistaidot päällekkarkauksissa sekä itsepuolustuksen periaatteet. (Mapa-Finland-koulutusmateriaali 2011.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kyselytutkimuksen avulla Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen merkitystä Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueen hoitohenkilökunnalle.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaista merkitystä henkilökunta näkee Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksella olevan?
2. Millaisia valmiuksia hoitohenkilökunta kokee AHHA-koulutuksen antavan aggressiivisen potilaan kohtaamisessa ja hoidossa?
3. Kokeeko hoitohenkilökunta AHHA-koulutuksen tarpeelliseksi?

6 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

Mirja Rasimus (2002) on selvittänyt tutkimuksessaan turvattomuutta aiheuttavia tekijöitä ja väkivaltariskin merkittävyyttä suomalaisilla päivystyspoliklinikoilla. Tutkimuksen mukaan pahin uhka tällä hetkellä on työväkivalta. Yli puolet (56%) tutkimukseen osallistuneista oli kokenut työssään fyysistä uhkailua ja väkivaltaa. Rasimuksen tutkimuksen tulosten perusteella yli 90 prosenttia halusi saada lisätietoa väkivaltaisen henkilön kohtaamisesta, rauhoittamisesta ja ennalta ehkäisevästä toiminnasta.

Pitkänen (2003) selvitti tutkimuksessaan potilaiden hoitajiin kohdistamaa väkivaltaa psykiatrisessa hoitotyössä. Tuloksista ilmenee, että hallintakeinoja väkivaltatilanteisiin ovat lisäapu muilta osastoilta, potilaan rauhoittaminen keskustelulla, fyysinen rajoittaminen ja lääkitseminen (30-31) Väkivaltatilanteiden ennaltaehkäisy nousi tärkeäksi asiaksi, väkivalta kuitenkin nähtiin jollain tavalla kuuluvan työhön erityisesti sairaalan osastoilla. Ennaltaehkäisyssä koettiin tärkeäksi ammatillisiin valmiuksiin sekä työympäristöön liittyvät tekijät.

Piispan ja Hulkon (2010) tutkimusraportissa ilmenee, että hoitoalan ammatit kuuluvat riskiammatteihin. Työväkivallan ehkäisyssä tärkeimpiä tekijöitä on riittävä valmius kohdata uhka- ja väkivaltatilanteita ja niiden tulisi olla esillä työntekijöiden perus- ja täydennyskoulutuksessa. Myös väkivaltatilanteiden jälkeinen hoito on tärkeää. Työpaikoilla, joissa on suurentunut väkivaltariski, tulisi olla asianmukainen valmius väkivaltatilanteiden ehkäisyyn ja ennakointiin.

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tämän tutkimuksen lähestymistapa oli kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Keskeisiä piirteitä kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat esimerkiksi johtopäätökset aiemmista tutkimuksista ja käsitteiden määrittely. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää, että aineisto soveltuu määrälliseen, numeeriseen mittaamiseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 136.)

Tutkimuslupa saatiin Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueen ylihoitajalta huhtikuussa 2010. (Liite 1.) Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla (liite 3) toukokuussa 2010.

Kyselylomakkeita lähetettiin 115 kappaletta eri Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueen osastoille sisäisessä postissa. Mukana oli saatekirje (liite 2.), kirjekuoret sekä ohjeet, mihin vastaukset voi lähettää.

Kohderyhmänä olivat sairaanhoitajat, lähihoitajat sekä mielenterveyshoitajat, jotka olivat käyneet Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen. Kyselylomakkeita saatiin takaisin 58 kappaletta (n=58), jolloin vastausprosentiksi muodostui 50,4 %. Kyselylomake (Liite 2) sisälsi taustatietoja vastaajan sukupuolesta, ammatillisesta koulutuksesta, työkokemuksesta sekä siitä onko vastaaja käynyt Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen kertauspäivillä. Kyselylomake sisälsi myös myös väittämiä. Asteikkoihin perustuvissa kysymyksissä vastaaja valitsee sopivimman vaihtoehdon siitä kuinka voimakkaasti on samaa mieltä tai eri mieltä. (Hirsjärvi ym. 2007, 195). Asteikot väittämissä olivat 1=täysin eri mieltä, 2=jonkin verran eri mieltä, 3=en osaa sanoa, 4=jonkin verran samaa mieltä ja 5=täysin eri mieltä. Lomake sisälsi myös kolme avointa kysymystä. Tulokset analysoitiin SPSS-ohjelmaa käyttäen.

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen vastanneista 70,7 % (n=41) oli naisia ja 17,7 % (n=17) oli miehiä. Sairaanhoidajia vastanneista oli 65,5 % (n=38), mielenterveyshoitajia 24,1 % (n=14) ja lähihoitajia 10,3 % (n=6). Työkokemusta yli kymmenen vuotta oli 60,3 %:lla (n=35), 6-10 vuotta työkokemusta oli 17,2 %:lla (n=10) ja viisi vuotta tai vähemmän työkokemusta oli 22,4 %:lla (n=13). Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen kertauspäivissä vastaajista oli käynyt 87,9 % (n=51). Kertauspäiviin vastaajista ei ollut osallistunut 12,1 % (n=7). (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot

Sukupuoli				Ammatillinen koulutus			
	Nainen	Mies	Yht.	Sairaanhoidaja	Mielenterveyshoitaja	Lähihoitaja	Yht.
Lkm	41	17	58	38	14	6	58
%	70,7	29,3	100	65,5	24,1	10,3	100
AHHA-koulutuksen kertauspäivissä kävijät				Työkokemus			
	Kyllä	Ei	Yht.	5 vuotta tai alle	6-10 vuotta	Yli 10 vuotta	Yht.
Lkm	51	7	58	13	10	35	58
%	87,9	12,1	100	22,4	17,2	60,3	100

8.2 Aggression hoidolliseen hallintaan liittyvät valmiudet

Hoitohenkilökunnan valmiuksia liittyen aggression hoidolliseen hallintaan tutkittiin väittäminen muodossa. Vaihtoehtoista valittiin sopivin vastausvaihtoehto. Vastausvaihtoehdot olivat 1= täysin eri mieltä, 2= jonkin verran eri mieltä, 3= en osaa sanoa, 4= jonkin verran samaa mieltä ja 5= täysin samaa mieltä.

Aggression hoidollinen hallinta-koulutus antoi henkilökunnalle valmiudet tunnistaa potilaan aggressiivisen käyttäytymisen. Omista valmiuksistaan täysin varmoja oli 72,4 % (n=42) vastaajista. Osa vastaajista, 27,6 % (n=16), ei kuitenkaan ollut täysin varmoja omista valmiuksistaan (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Valmiudet aggressiivisen potilaan käyttäytymisen tunnistamiseen (N=58)

Minulla on valmiudet potilaan aggressiivisen käyttäytymisen tunnistamiseen	Lkm	%
Jonkin verran samaa mieltä	16	27,6
Täysin samaa mieltä	42	72,4
Yhteensä	58	100

Valmiudet lähestyä aggressiivista potilasta oli yli puolella 55,2 % (n=32) vastaajista. Jonkin verran epävarmoja omista valmiuksistaan lähestyä potilasta, joka on aggressiivinen, oli 44,8 % (n=26) vastaajista. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Valmiudet lähestyä aggressiivista potilasta (N=58)

Minulla on valmiudet lähestyä aggressiivista potilasta	Lkm	%
Jonkin verran samaa mieltä	26	44,8
Täysin samaa mieltä	32	55,2
Yhteensä	58	100

Keskusteluun, joka vähentää aggressiivisuutta, kykeni täysin tai osittain suurin osa vastaajista. Täysin varmoja omista valmiuksistaan aggressiivisuutta vähentävään keskusteluun oli 44,8 % (n=26) vastaajista. Ainakin osittain epävarmoja omista valmiuksistaan aggressiivisuutta vähentävään keskusteluun oli puolet vastaajista 50 %

(n=29). Osa vastaajista ei osannut sanoa onko heillä valmiuksia aggressiivisuutta vähentävään keskusteluun. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Valmiudet aggressiivisuutta vähentävään keskusteluun potilaan kanssa (N=58)

Minulla on valmiudet aggressiivisuutta vähentävään keskusteluun aggressiivisen potilaan kanssa	Lkm	%
En osaa sanoa	3	5,2
Jonkin verran samaa mieltä	29	50,0
Täysin samaa mieltä	26	44,8
Yhteensä	58	100

Tilanteessa, jossa pyritään rauhoittamaan aggressiivista potilasta puhumalla, johtavana hoitajana toimimisesta täysin varmoja vastaajista oli ainoastaan 34,5 % (n=20). Hieman epävarmoja johtavana hoitajana toimimisesta oli vastaajista 43,1 % (n=25). Johtavana hoitajana toimimiseen ei omannut valmiuksia viisi (8,6 %) vastaajaa. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Valmiudet toimia tilannetta johtavana hoitajana kun pyritään aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen puhumalla (N=58)

Minulla on valmiudet toimia tilannetta johtavana hoitajana, kun pyritään aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen puhumalla	Lkm	%
Jonkin verran eri mieltä	5	8,6
En osaa sanoa	8	13,8
Jonkin verran samaa mieltä	25	43,1
Täysin samaa mieltä	20	34,5
Yhteensä	58	100

Väittämässä ”Minulla on valmiudet osallistua aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen kiinni pitämällä” vastaukset vaihtelivat enemmän. Täysin samaa mieltä oli 65,5% (n=38), jonkin verran samaa mieltä oli 27,6 % (n=16) ja väittämään vastausta ei osannut sanoa 3,4 % (n=2). Jonkin verran eri mieltä oli yksi henkilö (1,7 %) ja täysin eri mieltä oli myös yksi henkilö (1,7%). (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Valmiudet osallistua aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen kiinnipitämällä (N=58)

Minulla on valmiudet osallistua aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen kiinnipitämällä	Lkm	%
Täysin eri mieltä	1	1,7
Jonkin verran eri mieltä	1	1,7
En osaa sanoa	2	3,4
Jonkin verran samaa mieltä	16	27,6
Täysin samaa mieltä	38	65,5
Yhteensä	58	100

Kysyttäessä valmiuksia toimia johtavana hoitajana niin vastauksissa tuli esiin epävarmuutta. Täysin varmoja omista valmiuksistaan toimia johtavana hoitajana kiinnipitotilanteessa oli 34,5 % (n=20) vastaajista. Epävarmoja omista valmiuksistaan oli yli puolet vastaajista. Osa vastaajista ei osannut sanoa omaa mielipidettään omista valmiuksistaan. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Valmiudet toimia tilannetta johtavana hoitajana, kun pyritään aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen kiinnipitämällä (N=58)

Minulla on valmiudet toimia tilannetta johtavana hoitajana, kun pyritään aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen kiinnipitämällä	Lkm	%
Täysin eri mieltä	1	1,7
Jonkin verran eri mieltä	4	6,9
En osaa sanoa	9	15,5
Jonkin verran samaa mieltä	24	41,4
Täysin samaa mieltä	20	34,5
Yhteensä	58	100

Otteet, jotka aiheuttavat vahingoittumisen riskin potilaalle, josta pidetään kiinni, koki tietävänsä varmuudella yli puolet 55,2 % (n=32) vastaajista. Hieman epävarmoja otteista, jotka saattavat aiheuttaa potilaalle riskin vahingoittua, oli vastaajista 39,7 % (n=23). Vastaajista kaksi (3,4 %) eivät tiedäneet millaiset otteet saattavat vahingoittaa potilasta kun hänestä pidetään kiinni. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Tietoisuus siitä mitkä otteet aiheuttavat vahingoittumisen riskin potilaalle, josta pidetään kiinni (N=58)

Tiedän mitkä otteet aiheuttavat vahingoittumisen riskin potilaalle, josta pidetään kiinni	Lkm	%
Jonkin verran eri mieltä	2	3,4
En osaa sanoa	1	1,7
Jonkin verran samaa mieltä	23	39,7
Täysin samaa mieltä	32	55,2
Yhteensä	58	100

Valmiudet huolehtia potilaan hyvinvoinnista, kun hänestä pidetään kiinni, omasi yli puolet, 58,6 % (n=34) vastaajista. Jonkin verran epävarmoja siitä, onko heillä valmiuksia huolehtia potilaan hyvinvoinnista kiinni pidettäessä, oli vastaajista 37,9 % (n=22). Yksi henkilö oli sitä mieltä ettei hänellä ollut kyseisiä valmiuksia. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Valmiudet huolehtia potilaan hyvinvoinnista kiinnipitotilanteen aikana (N=58)

Minulla on valmiudet huolehtia potilaan hyvinvoinnista rauhoittaessani häntä kiinni pitämällä	Lkm	%
Täysin eri mieltä	1	1,7
En osaa sanoa	1	1,7
Jonkin verran samaa mieltä	22	37,9
Täysin samaa mieltä	34	58,6
Yhteensä	58	100

Potilaan väkivaltaisesta otteesta irtautumisen osasi suurin osa vastaajista. Varmoja omista valmiuksistaan oli kuitenkin vain 29,3 % (n=17). Hieman epävarmoja siitä, osaako irtautua potilaan väkivaltaisesta otteesta oli vastaajista 60,3 % (n=35). Kaksi vastaajaa olivat melko epävarmoja siitä osaavatko irtautua otteesta. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Väkivaltaisesta otteesta irtautuminen (N=58)

Tiedän miten irtautua potilaan väkivaltaisesta otteesta	Lkm	%
Jonkin verran eri mieltä	2	3,4
En osaa sanoa	4	6,9
Jonkin verran samaa mieltä	35	60,3
Täysin samaa mieltä	17	29,3
Yhteensä	58	100

Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että heillä on valmiudet keskustella potilaan kanssa väkivaltatilanteen jälkeen. Täysin varmoja omista valmiuksistaan oli vastaajista 79,3 % (n=46). Hieman epävarmoja keskustelutaidoistaan oli 19 % (n=11) vastaajista. Melko epävarma omista valmiuksistaan oli yksi vastaaja. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Valmiudet keskustella potilaan kanssa väkivaltatilanteen jälkeen (N=58)

Minulla on valmiudet keskustella potilaan kanssa väkivaltatilanteen jälkeen	Lkm	%
Jonkin verran eri mieltä	1	1,7
Jonkin verran samaa mieltä	11	19,0
Täysin samaa mieltä	46	79,3
Yhteensä	58	100

Tilanteen purkavaan keskusteluun työryhmän kanssa väkivaltatilanteen jälkeen koki suurin osa omaavansa valmiudet. Täysin samaa mieltä oli 69 % (n=40) ja jonkin verran samaa mieltä oli 25,9 % (n=15). Epävarmoja omista valmiuksistaan oli kaksi (3,4 %) vastaajaa. Yksi henkilöistä (1,7 %) ei osannut sanoa omista valmiuksistaan. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Valmiudet tilanteen purkavaan keskusteluun työryhmässä väkivaltatilanteen jälkeen (N=58)

Minulla on valmiudet tilanteen purkavaan keskusteluun työryhmässä väkivaltatilanteen jälkeen	Lkm	%
Jonkin verran eri mieltä	2	3,4
En osaa sanoa	1	1,7
Jonkin verran samaa mieltä	15	25,9
Täysin samaa mieltä	40	69,0
Yhteensä	58	100

Vastaajista täysin samaa mieltä siitä, että työyhteisön toiminnasta puhutaan osastolla kun kohdataan aggressiivinen potilas, oli 50 % (n=29). Jonkin verran samaa mieltä oli 31 % (n=18), vastaustaan ei osannut sanoa 6,9 % (n=4) ja jonkin verran eri mieltä oli 12,1 % (n=7). (Taulukko 13). Täysin eri mieltä ei ollut kukaan vastaajista.

Taulukko 13. Keskustelu osastolla työryhmän toimimisesta aggressiivisen potilaan kohtaamisessa (N=58)

Työyhteisön toiminnasta aggressiivisen potilaan kohtaamisessa puhutaan osastollamme	Lkm	%
Jonkin verran eri mieltä	7	12,1
En osaa sanoa	4	6,9
Jonkin verran samaa mieltä	18	31,0
Täysin samaa mieltä	29	50,0
Yhteensä	58	100

Väittämään ”Työryhmän toiminta tukee minua aggressiivisen potilaan kohtaamisessa” täysin samaa mieltä oli reilusti yli puolet vastaajista 62,1 % (n= 36), jonkin verran samaa mieltä oli 29,3 % (n=17), vastaajista neljä (6,9 %) ei osannut sanoa vastaustaan ja jonkin verran eri mieltä väittämän kanssa oli yksi (1,7 %) henkilö. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Työryhmän tukeminen aggressiivisen potilaan kohtaamisessa (N=58)

Työryhmän toiminta tukee minua aggressiivisen potilaan kohtaamisessa	Lkm	%
Jonkin verran eri mieltä	1	1,7
En osaa sanoa	4	6,9
Jonkin verran samaa mieltä	17	29,3
Täysin samaa mieltä	36	62,1
Yhteensä	58	100

Sanallisilla ja ei-sanallisilla vuorovaikutustaidoilla oli tärkeä merkitys kun rauhoitetaan aggressiivista potilasta. Yli puolet vastaajista 70,7 % (n=41) oli sitä mieltä, että ne ovat oleellisin osa rauhoitettaessa aggressiivista potilasta. Osa vastaajista, 27,6 % (n=16), oli hieman epävarmoja siitä ovatko sanalliset ja ei-sanalliset vuorovaikutustaidot tärkeässä asemassa kun rauhoitetaan aggressiivista potilasta. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että ne eivät ole niin tärkeitä asioita. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Sanallisten ja ei-sanallisten vuorovaikutustaitojen merkitys aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittamisessa (N=58)

Sanalliset ja ei- sanalliset vuorovaikutustaidot ovat mielestäni oleellisin osa aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittamisessa	Lkm	%
Jonkin verran eri mieltä	1	1,7
Jonkin verran samaa mieltä	16	27,6
Täysin samaa mieltä	41	70,7
Yhteensä	58	100

Yli puolet vastaajista 58,6 % (n=34) olivat sitä mieltä, että aggressiivisen potilaan rauhoittaminen kiinni pitämällä on hoitotyötä, johon on hoidolliset valmiudet. Osittain tai täysin epävarmoja asian suhteen oli vastaajista 41,3 % (n=24). (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Hoidolliset valmiudet aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen (N=58)

Aggressiivisen potilaan rauhoittaminen kiinnipitämällä on hoitotyötä, johon minulla on hoidolliset valmiudet	Lkm	%
Täysin eri mieltä	1	1,7
Jonkin verran eri mieltä	1	1,7
Jonkin verran samaa mieltä	22	37,9
Täysin samaa mieltä	34	58,6
Yhteensä	58	100

Aggression hoidollinen hallinta-koulutus antoi hoitohenkilökunnalle täysin tai osittain hoidolliset valmiudet kun kohdataan aggressiivinen potilas. Henkilökunnasta täysin varmoja omista valmiuksistaan kohdata aggressiivinen potilas hoidollisesti oli 53,4 % (n=31). Hieman epävarmoja siitä antoiko koulutus valmiudet kohdata aggressiivinen potilas hoidollisesti oli 43,1 % (n=25). Jonkin verran eri mieltä hoidollisista valmiuksistaan oli vastaajista kaksi (3,4 %). (Taulukko 17.)

Taulukko 17. AHHA- koulutuksen antamat valmiudet potilaan aggressiivisuuden hoidolliseen kohtaamiseen (N=58)

AHHA-koulutus antoi minulle kyseiset valmiudet potilaan aggressiivisuuden hoidolliseen kohtaamiseen	Lkm	%
Jonkin verran eri mieltä	2	3,4
Jonkin verran samaa mieltä	25	43,1
Täysin samaa mieltä	31	53,4
Yhteensä	58	100

Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen koki tarpeelliseksi työnsä kannalta miltei kaikki vastaajista. Täysin samaa mieltä oli 84,5 % (n=49) ja jonkin verran samaa mieltä oli 12,1 % (n=7). Jonkin verran eri mieltä väittämän kanssa oli yksi (1,7 %) henkilö ja yksi (1,7 %) henkilö ei osannut sanoa onko AHHA-koulutus ollut tarpeellinen työn kannalta. (Taulukko 18). Kukaan vastaajista ei kokenut, että koulutus ei olisi ollut tarpeellinen.

Taulukko 18. AHHA-koulutuksen tarpeellisuus (N=58)

AHHA-koulutus oli tarpeellinen työni kannalta	Lkm	%
Jonkin verran eri mieltä	1	1,7
En osaa sanoa	1	1,7
Jonkin verran samaa mieltä	7	12,1
Täysin samaa mieltä	49	84,5
Yhteensä	58	100

8.3 Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen merkitys

Tutkimuksessa kartoitettiin Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen merkitystä avoimella kysymyksellä kysyen mitä koulutus on opettanut vastaajalle itselleen ja työyhteisölle. Vastauksista ilmeni, että koulutus on opettanut työyhteisölle yhteisiä toimintatapoja ja valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas. Kun kaikilla on yhteiset toimintatavat ja kaikki tietävät mitä tehdään ja miten tehdään, niin myös luottamus työkavereihin on lisääntynyt esimerkiksi väkivaltatilanteissa. Koulutus on antanut henkilökunnalle myös itsevarmuutta ja ymmärrystä toimimiseen aggressiivisen potilaan kanssa. Henkilökunta koki myös saaneensa itselleen parempia kiinnipito-otteita

jaksamisen ja voimien kannalta. Myös väkivaltatilanteiden ennakkoinnin koettiin parantuneen. Myös oman asennoitumisen aggressiivisen potilaan hoitotyössä koettiin parantuneen koulutuksen myötä. Henkilökunnan itsevarmuus mennä tilanteisiin parani. Tärkeänä pidettiin sitä, että koulutus opetti potilasystävällisempiä ja turvallisempia otteita potilaan kiinnipitoon ja hallintaan. Otteet koettiin turvallisiksi myös hoitajille. Aggression hoidollinen hallinta-koulutus lisäsi myös henkilökunnan ammatillisuutta ja koulutus opetti myös enemmän ymmärtämään aggressiivisen käytöksen näkökulmaa potilaan kannalta.

”Yhteisiä toimintatapoja, valmiuksia kohdata aggressiivinen potilas.”

”Työturvallisuutta! potilaalle turvallisuutta...”

”...kaikilla sama tieto, päämäärä...”

”Varmuutta työotteisiin...”

”..asennoitumista..”

”...rauhallista toimintaa kun kohdataan aggressiivinen potilas.”

Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen kertauspäivät koettiin erittäin tärkeiksi taitojen ylläpitämiseksi. Säännöllinen kertaus pitää otteet mielessä. Koulutuksen kertauspäivät olivat hyviä myös tietojen päivittämistä varten ja joka kerta opittiin jotain uutta. Kertauspäivät koettiin tärkeiksi, jotta päästään harjoittelemaan otteita turvallisessa ympäristössä. Kertauspäivillä päästään myös puhumaan tilanteista, koska osastolla ei välttämättä ole esimerkiksi väkivaltatilanteista puhuttu tarpeeksi.

”Niillä on suuri merkitys ammattitaidon, turvallisuuden kannalta.”

”Todella tärkeitä muistuttamaan jo opituista ja oppimaan aina jotain uutta.”

8.4 Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen ja toiminnan kehittäminen henkilökunnan näkökulmasta

Vastauksista ilmeni, että henkilökunta toivoo kertauspäiviä lisää vuoteen, esimerkiksi vähintään kaksi kertaa vuodessa. Koulutus koettiin myös sellaisenaan hyväksi eikä kehittämishdotuksia tullut. Henkilökunta toivoi myös, että koulutuksen sisältö olisi

tarvittaessa sellainen, että se olisi kohdennettu enemmän jollekin tietylle osastolle, esimerkiksi vanhusten osastolle tai lastenosastolle. Aggression hoidollinen-hallinta koulutukseen toivottiin myös enemmän teoriaa aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen ja kohtaamiseen. Tärkeänä asiana pidettiin myös sitä, että uudet hoitajat ja esimerkiksi kesäsijaiset pääsisivät koulutukseen nopeammin.

”Toivon vain että koulutus jatkuu ja kertauksia riittävän usein.”

”Enemmän kertausta/useammin.”

”Enemmän kertauspäiviä (2-3x vuodessa).”

9 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen luotettavuus vaihtelee, vaikka siinä pyritään välttämään virheitä. Aina kun tehdään tutkimus niin pyritään arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta. Kun puhutaan tutkimuksen reliaabeliudesta tarkoitetaan mittaustulosten luotettavuutta. Tutkimuksen validius tarkoittaa tutkimuksen pätevyyttä eli sitä onko tutkimusmenetelmä mitannut juuri sitä mitä tutkija on halunnut. (Hirsjärvi ym. 2007, 226)

Kyselytutkimuksen etuna on se, että voidaan saada laaja otanta. Kyselytutkimuksen haittoja on useita: ei tiedetä onko vastaajat antaneet rehellisiä ja huolellisia vastauksia, onko kysymykset kysymykset olleet ymmärrettäviä vastaajien näkökulmasta ja ovatko vastaajat tarpeeksi perehtyneitä annettuun aiheeseen. (Hirsjärvi ym. 2007, 190)

Tämän tutkimuksen kohdejoukkona olivat Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueen hoitohenkilökunta tietyiltä osastoilta. Koska tutkimus käsitteli Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen merkitystä, niin vastaajista kaikki olivat käyneet kyseisen koulutuksen. Kyselylomake sisälsi esitietojen ja väittämien lisäksi avoimia kysymyksiä. Avoimiin kysymyksiin oli vastattu täysin, osittain tai ei ollenkaan. Esitietoihin ja väittämiin oli vastattu jokaiseen kohtaan.

Kyselylomakkeita lähetettiin 115 kappaletta ja takaisin saatiin 58 kappaletta, vastausprosentti on siis 50,4 %. Kyselylomakkeet lähetettiin kesäkuussa 2010 ja vastausaikaa oli noin kuukausi. Ennen kyselylomakkeiden lähettämistä informoitiin osastonhoitajia sähköpostilla kyseisestä tutkimuksesta, viestissä toivottiin, että henkilökuntaa informoidaan kyseisestä tutkimuksesta. Yhdelle osastolle lähetettiin myös tutkimussuunnitelma osastonhoitajan pyynnöstä.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Aggression hoidollinen hallinta-koulutuksen merkitystä Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueen hoitohenkilökunnalle. Nykyiseltä nimeltään koulutus on MAPA-koulutus. Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että koulutus on tarpeellinen henkilökunnalle. Aggression hoidollinen hallinta-koulutus on antanut hoitohenkilökunnalle valmiudet kohdata aggressiivinen potilas. Tutkimuksen tulosten perusteella kuitenkin toivottiin lisää kertauspäiviä vuoteen, jotta opitut tiedot ja taidot pysyisivät paremmin mielessä. Esimerkiksi opitut otteet saattavat unohtua, jos niitä ei jouduta käyttämään. Väkivaltatilanteista voitaisiin myös puhua enemmän osastolla.

Työväkivalta on lisääntynyt terveysalalla, siitä kertovat useat tutkimukset. Väkivallan lisääntyessä onkin tärkeää, että henkilökuntaa koulutetaan. Ennakointi ja aggressiivisen potilaan kohtaaminen ja potilaan hoito ovat tärkeitä. Jos osataan ennakoida mahdollisesti tuleva väkivaltatilanne, niin voidaan välttää esimerkiksi leposide- tai eristyshoito. Työväkivalta ei ole ainoastaan psykiatriassa esiintyvä asia, sitä esiintyy myös esimerkiksi vanhustenhoidossa.

Aggression hoidollinen hallinta-koulutus antaa työyhteisölle yhteiset toimintatavat. Yhteiset toimintamallit helpottavat työskentelyä, tiedetään mitä tehdään ja miten tehdään. Myös tietoisuus siitä, että myös muu henkilökunta on käynyt koulutuksen saat-
taa lisätä omaa varmuutta työssä, koska voi luottaa työkaverin apuun. Potilaalle saat-
taa tulla turvallisempi olo tilanteessa kun hän näkee, että hoitohenkilökunnan tekemi-
nen on harkittua. Ennen kaikkea tärkeintä on työturvallisuus ja turvalliset työotteet
niin potilaiden kuin hoitohenkilökunnankin kannalta.

Tutkimus toteutettiin lähettämällä kyselykaavakkeet Satakunnan sairaanhoitopiirin eri psykiatrian osastoille. Lähestymistapa tätä tutkimusta ajatellen oli hyvä. Osastoilla työskentelevät tekevät pääosin kolmivuorotyötä, joten esimerkiksi haastattelututkimus olisi ollut haasteellinen. Tutkimusta varten lähetettiin 115 kyselylomaketta ja takaisin saatiin 58 kyselylomaketta, vastausprosentti oli näin ollen 50,4 %. Vastausprosentti olisi voinut nousta suuremmaksi, jos kysely olisi toteutettu eri aikaan vuodesta.

Kysely toteutettiin kesäkuussa jolloin henkilökuntaa on ollut lomalla ja sijaisia on saattanut olla paljon. Kyselylomake oli nimenomaan suunnattu Aggression hoidollisen hallinta-koulutuksen käyneille.

Tutkimuksen tulosten luotettavuudesta voidaan olla melko varmoja. Saatekirjeessä kyselyyn pyydettiin vastaamaan sellaisia henkilöitä, jotka olivat käyneet AHHA-koulutuksen. Kyselykaavakkeet oli täytetty esitietojen ja väittämien osalta täysin, tyhjiä kohtia ei ollut jätetty. Kyselykaavakkeessa oleviin avoimiin kysymyksiin oli vastattu kiitettävästi. Suurimpaan osaan kyselykaavakkeen avoimiin kysymyksiin oli vastattu joko täysin tai osittain. Tulosten luotettavuutta voidaan kuitenkin pohtia, koska ei tiedä varmaksi onko vastaaja ymmärtänyt kysytyt kysymykset oikein.

Työväkivalta ei ole ainoastaan psykiatristen osastojen ongelma, väkivaltaa esiintyy myös somaattisella puolella. MAPA-koulutuksella koulutetaan myös Satakunnan keskussairaalan somaattisilla osastoilla työskenteleviä. Jatkotutkimusaiheena voisi olla tutkia miten koulutus on soveltunut heille. Koulutuksella pyritään myös ennakoimaan väkivaltatilanteita sekä turhia pakkotoimia, esimerkiksi eristäminen. Mielenkiintoista olisikin tietää onko eristys- ja leposidehoidot vähentyneet sen jälkeen kun henkilökuntaa on alettu kouluttamaan.

LÄHTEET

Asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta. 2003.
A15.12.2003/1194

Helkama, K. 2000. Suomalaisen psykologian merkkiteos. Tieteessä tapahtuu 2000/1.
Viitattu 1.10.2011. <http://www.tieteessatapahtuu.fi/001/helkama.htm>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Hulkko, L & Piispa, M. 2009. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammattiteissa. Tilastokeskus. Viitattu 5.9.2011. <http://www.stat.fi/artikkelit>

Lagerspetz, K. 1998. Naisen aggressio. Tieteessä tapahtuu 1998/ 7. Viitattu 1.10.2011. <http://www.tieteessatapahtuu.fi>

Lehestö, M., Koivunen, O. & Jaakkola, H. 2004. Hoitajan turva. Helsinki: Edita Prima Oy.

Metsämuuronen, J. 2000. Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala?. Helsinki: Oy Edita Ab.

Piispa, M. & Hulkko L. 2010. Työväkivallan riskiammatit. Työturvallisuuskeskus. Viitattu 21.11.2011. http://www.tyoturva.fi/files/1660/Tyovakivallan_riskiammatit.pdf

Pitkänen Anneli. 2003. Potilaiden hoitajiin kohdistama väkivalta psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto: Hoitotieteen laitos. Viitattu 21.11.2011. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00243.pdf>

Rasimus, M. 2002. Turvattomuus työtoverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Viitattu 21.11.2011. www.uku.fi/vaitokset/2002/isbn951-781-937-4.pdf

Saarela, K., Isotalus, N., Salminen, S., Vartia, M. & Leino, T. 2009. KAURIS – kar-toita uhkaavat työväkivaltariskit. Helsinki: Työterveyslaitos.

Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2011. MAPA-koulutusprojekti. Viitattu 20.10.2011. <http://artemis.sisasatshp.fi>

Tehyn www-sivut. 2011. Viitattu 5.9.2011. <http://www.tehy.fi>

Teini, P. Koulutusprojektin yhteenveto ja tilastot. Vastaanottaja: aija.korhonen@sat-shp.fi. Lähetetty 17.2.2011 klo 9.37. Viitattu 21.11.2011

Terveydenhuoltolaki. 2010. L 30.12.2010/1326 muutoksineen

Terveysthuollon työsuojejun valvontahankkeen loppuraportti. 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveystministeriö. Sosiaali- ja terveystministeriön selvityksiä 2008:3. Viitattu 13.9.2011. <http://www.stm.fi>

Terveysthuollon täydennyskoulutus. 2003. Helsinki: Sosiaali- ja terveystministeriö. Kuntainfo 19/2003. Viitattu 13.9.2011. <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/view/1242251>

Terveysthuollon täydennyskoulutussuositus. 2004. Helsinki: Sosiaali- ja terveystministeriö. Sosiaali- ja terveystministeriön oppaita 2004:3. Viitattu 6.10.2011. <http://www.stm.fi>

Työturvallisuuslaki. L 23.8.2002/738 muutoksineen

Viemerö, V. 2006. Aggressio ja aggressiivisuus. Tieteessä tapahtuu 3/2006. Viitattu 1.10.2011. <http://www.tieteessatapahtuu.fi>

JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET

Mapa-Finland Ry. 2011. Mapa Finland-koulutusmateriaali. Koulutus Harjavallan sairaala 23.5-27.5.2011



SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI
kumppanuudella terveyttä ja toimintakykyä

OPINNÄYTETYÖN LUPAHAKEMUS

HAKIJA/HAKIJAT	Nimi/nimet Aija Korhonen <hr/> Yhteystiedot Postitoimipakka: Harjavalta Email: aija.korhonen@student.samk.fi	Opiskelu- tai työpaikka Satakunnan ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala Pori <hr/> Virka/toimi (ei koske opiskelijoita) <hr/> Opinnäytetyö/tutkimus <input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> opinnäytetyö/ylempi AMK <input type="checkbox"/> pro gradu tutkielma <input type="checkbox"/> lisensiaatin tutkielma <input type="checkbox"/> väitöskirjatutkimus <input type="checkbox"/> muu
OPINNÄYTETYÖN/TUTKIMUKSEN TIIVISTETTY KUVAUS (mm. nimi, kohderyhmä, menetelmät, aineisto) LIITTEET opinnäytetyösuunnitelma (ks. crillinen ohje)	AHHA-koulutuksen merkitys Satakunnan sairaanhoitopiirin <i>psykiatrian tulosalueen</i> hoitohenkilökunnalle. Kohderyhmä sairaanhoitajat, mielenterveyshoitajat ja lähihoitajat. Osasto 22,23,42,61,P0B. Liittessä olevassa tutkimussuunnitelmassa tarkemmin menetelmistä.	
OPPILAITOKSEN OHJAAJA(T)	1. <i>Marja Flinck</i> MARJA FLINCK allekirjoitus/nimen selvennys <hr/> 1. _____ allekirjoitus/nimen selvennys	
SITOUMUS	Sitoudun noudattamaan sairaanhoitopiirin ohjeistusta salassapitovelvollisuudesta 1.4.2010 <i>Aija Korhonen</i> / AIDA KORHONEN allekirjoitus/nimen selvennys	
LUVAN MYÖNTÄMINEN	Sairaanhoitopiirin/toimialueen/yksikön tutkimus- tai kehittämishanke, johon opinnäytetyö/tutkimus liittyy (luvan myöntäjä täyttää): <hr/> Eettisen toimikunnan lausunto saatu <input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvita <input checked="" type="checkbox"/> <hr/> Lupa opinnäytetyön toteuttamiselle Myönnän <input checked="" type="checkbox"/> En myönnä <input type="checkbox"/> Ylihoitaja(t) 1.4.2010 <i>Jussi Hänti</i> allekirjoitus/nimen selvennys <hr/> allekirjoitus/nimen selvennys	



SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRI
-kumppanuudella terveyttä ja toimintakykyä-

OPINNÄYTETYÖN LUPAHAKEMUS

	Ylilääkäri(t) ____ / ____ allekirjoitus/nimen selvennys ____ / ____ allekirjoitus/nimen selvennys
SAIRAANHOITOPIIRIIN YHDYSHENKILÖN NIMEÄMINEN	Jussi Itänti (ylihoitaja nimeää) Yhteystiedot (puh/email) jussi. itanti@satshp.fi

LIITE 2

Arvoisa AHHA- koulutuksen käynyt vastaaja!

Opiskelen sairaanhoitajaksi Satakunnan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalalla Porissa. Tutkintooni kuuluu myös opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni tarkoitus on selvittää millaista merkitystä Aggression hoidollinen hallinta- eli AHHA- koulutuksesta on ollut Satakunnan sairaanhoitopiirin psykiatrisen hoidon toimialueen hoitohenkilökunnalle. Tutkimusluvan minulle on myöntänyt ylihoitaja Jussi Hänti.

Tutkimukseen osallistuvat AHHA- koulutuksen käyneet mielenterveyshoitajat, lähihoitajat sekä sairaanhoitajat. Vastaaminen on vapaaehtoista. Kysely jaetaan osastoille P0B, 22, 23, 42 ja 61. Vastaamalla kyselyyn omalta osaltasi autat selvittämään millaista merkitystä koulutuksella on ollut.

Kyselylomake täytetään nimettömänä ja palautetut kyselylomakkeet käsittelen luottamuksellisesti. Vastaajien henkilöllisyyttä ei ole mahdollista tunnistaa. Täytetty kyselylomake palautetaan suljetussa kuoressa minulle viimeistään 27.6.2010 Harjavallan sairaalaan osastolle 24.

Opinnäytetyöni ohjaavana opettajana toimii lehtori Marja Flinck.

Kiitos vastauksistanne jo etukäteen!

Lisätietoja:

Aija Korhonen

puh. xxx xxxxxxxx

aija.korhonen@student.samk.fi

Aggression hoidollinen hallinta - kyselylomake**1. Sukupuoli** nainen ____ mies ____**2. Ammatillinen koulutus** sairaanhoitaja ____ mielenterveyshoitaja ____ lähihoitaja ____**3. Työkokemus** 5 vuotta tai alle ____ 6-10 vuotta ____ Yli 10 vuotta ____**4. Olen käynyt ”Aggression hoidollinen hallinta”-koulutuksen kertauspäivissä**
kyllä ____ ei ____**5. Aggression hoidolliseen hallintaan liittyvät valmiudet**
(Valitse sopivin vaihtoehto)

	<i>1 Täysin eri mieltä</i>	<i>2 Jonkin verran eri mieltä</i>	<i>3 En osaa sanoa</i>	<i>4 Jonkin verran samaa mieltä</i>	<i>5 Täysin samaa mieltä</i>
a. Minulla on valmiudet potilaan aggressiivisen käyttäytymisen tunnistamiseen.					
b. Minulla on valmiudet lähestyä aggressiivista potilasta.					
c. Minulla on valmiudet aggressiivisuutta vähentävään keskusteluun aggressiivisen potilaan kanssa.					
d. Minulla on valmiudet toimia tilannetta johtavana hoitajana, kun pyritään aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen puhumalla.					
e. Minulla on valmiudet osallistua aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen kiinni pitämällä.					
f. Minulla on valmiudet toimia tilannetta johtavana hoitajana, kun pyritään aggressiivisen potilaan rauhoittamiseen kiinni pitämällä.					
g. Tiedän mitkä otteet aiheuttavat vahingoittumisen riskin potilaalle, josta pidetään kiinni					

	<i>1 Täysin eri mieltä</i>	<i>2 Jonkin verran eri mieltä</i>	<i>3 En osaa sanoa</i>	<i>4 Jonkin verran samaa mieltä</i>	<i>5 Täysin samaa mieltä</i>
h. Minulla on valmiudet huolehtia potilaan hyvinvoinnista rauhoittaessani häntä kiinni pitämällä.					
i. Tiedän miten irtautua potilaan väkivaltaisesta otteesta.					
j. Minulla on valmiudet keskustella potilaan kanssa väkivaltatilanteen jälkeen.					
k. Minulla on valmiudet tilanteen purkavaan keskusteluun työryhmässä väkivaltatilanteen jälkeen.					
l. Työyhteisön toiminnasta aggressiivisen potilaan kohtaamisessa puhutaan osastollamme.					
m. Työryhmän toiminta tukee minua aggressiivisen potilaan kohtaamisessa.					
n. Sanalliset ja ei-sanalliset vuorovaikutustaidot ovat mielestäni oleellisin osa aggressiivisesti käyttäytyvän potilaan rauhoittamisessa.					
o. Aggressiivisen potilaan rauhoittaminen kiinni pitämällä on hoitotyötä, johon minulla on hoidolliset valmiudet.					
p. AHHA-koulutus antoi minulle kyseiset valmiudet potilaan aggressiivisuuden hoidolliseen kohtaamiseen.					
q. AHHA-koulutus oli tarpeellinen työni kannalta					

6. Kerro mitä mielestäsi AHHA-koulutus on opettanut sinulle ja työyhteisöllesi?

7. Mitä merkitystä näet AHHA-koulutuksen kertauspäivillä?

**8. Miten kehittäisit a) AHHA-toimintaa
b) koulutusta?**

a)

b)

Kiitos yhteistyöstäsi!